Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
S/C

Versión Taquigráfica N° 626 de 2016

DIRECTORIO DEL BPS

SEÑORA REPRESENTANTE PATRICIA VÁSQUEZ VARELA

**Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 5 de julio de2016**

(Sin corregir)

PRESIDE:	Señora Representante Nibia Reisch.
MIEMBROS:	Señores Representantes Walter De León, Luis Gallo Cantera, Martín Lema Perreta y Egardo Mier.
ASISTE:	Señora Representante Patricia Vásquez.
INVITADOS:	Por el Directorio del Banco de Previsión Social, señores Heber Galli, Presidente y Directores Rosario Oiz, Elvira Domínguez, Aníbal Blanco y Ramón Ruiz.
SECRETARIA:	Señora Myriam Lima.
PROSECRETARIO:	Señora Viviana Calcagno.

SEÑOR PRESIDENTE (Nibia Reisch).- Habiendo número, está abierta la reunión.

El único punto del orden del día de hoy es recibir a las autoridades del Banco de Previsión Social, pero como recibimos una solicitud de parte de la señora diputada Patricia Vásquez Varela para exponer sobre un proyecto de ley de su autoría que esta Comisión tiene a estudio, queríamos aprovechar que ella está en funciones durante esta semana para recibirla y para que pueda exponer y clarificar esa iniciativa. Me refiero al proyecto "Carné de Salud Básico y de Adolescente. (Se declara obligatoria la realización de evaluaciones psicológicas)", que tiene el objetivo de determinar la aptitud psicofísica del aspirante al carné de salud básico y del adolescente, lo que sería a partir de los dieciséis años de edad.

SEÑORA VÁSQUEZ VARELA (Patricia).- Agradezco a la Comisión -a su señora presidenta, en particular, y a sus integrantes, en general- esta cortesía parlamentaria de permitir inmiscuirme en un asunto de esta Comisión.

El proyecto de ley apunta prevenir los hechos violentos que atentan contra la convivencia ciudadana en esta sociedad convulsionada; todos somos conocedores de los hechos de violencia que se gestan a diario. Me gustaría que, cuando se trate, pueda realizar algunas consideraciones, y también sugiero la concurrencia a

este ámbito de determinadas autoridades, muy respetadas en la materia desde el punto de vista académico a nivel nacional, con quienes estuve vinculada en una jornada de estudio del proyecto de ley sobre salud mental -a estudio en el Parlamento-, propuesto por el Poder Ejecutivo en diciembre de 2015, que se realizó en Paysandú. Me refiero al doctor Horacio Porciúncula, de la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables, de ASSE, y también a la doctora Magdalena García, que es una excelente profesional de psiquiatría infantil. A su vez, me interesaría contar con la presencia de representantes de la Udelar, tanto del área de psiquiatría como de psicología: la doctora Sandra Romano, de la cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, y el psicólogo Nelson de León, de la Asamblea Instituyente por Salud Mental de la Facultad de Psicología.

Si bien el proyecto de ley refiere al carné de salud básico para toda la población y al carné de salud adolescente, luego de la referida jornada en Paysandú, en la que participé, quisiera hacerle una pequeña modificación y presentar un aditivo. En el proyecto se habla del carné de salud adolescente a partir de los dieciséis años de edad; la modificación que propongo es que comprenda desde los doce a los dieciocho años de edad.

Asimismo, propongo un aditivo porque también habría que tratar las conductas agresivas o esos tics en el niño que podrían dar lugar a posibles actos violentos en el futuro. Existe el carné del niño, que comprende la valoración anual desde que nace hasta los doce años de edad.

Les agradezco enormemente la cortesía parlamentaria de recibirme en este ámbito.

SEÑORA PRESIDENTA.- Tomamos nota de lo expresado por la señora diputada. Si no hay objeciones, solicitamos a la Secretaría que coordine la concurrencia a esta Comisión de las personas mencionadas y que, cuando estas delegaciones concurran, se invite a la señora diputada Vásquez Varela para que pueda estar presente.

SEÑORA VÁSQUEZ VARELA (Patricia).- Los académicos que mencioné ya tienen en sus manos la exposición escrita que resume el objetivo de este proyecto de ley.

(Se retira de sala la señora representante Patricia Vásquez Varela)

(Ingresan a Sala autoridades del Banco de Previsión Social)

——La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a una delegación del Banco de Previsión Social integrada por el señor Heber Galli, presidente, la doctora Rosario Oiz, directora, la contadora Elvira Domínguez, directora, y los señores Aníbal Blanco y Ramón Ruiz, directores.

Nos interesa mucho conocer su opinión sobre el cierre de varios servicios del Sanatorio Canzani, para lo cual esta Comisión les había solicitado una entrevista. Concurrimos al Sanatorio Canzani antes del 1º de junio. Era nuestra intención reunirnos antes de esa fecha, pero por motivos de agenda fue imposible hacerlo.

SEÑORA OIZ (Rosario).- Como resultado de la aprobación y puesta en práctica de la Ley Nº 18.211 -que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud-, el área de la salud del BPS debió adaptar su experiencia, capacitación e infraestructura a la nueva realidad.

La estrategia definida en 2008, y consolidada con posterioridad, se fundó en dos bases: la realización de convenios complementarios con otros efectores de salud y la creación de centros de referencia para la atención de patologías congénitas de baja prevalencia y de origen en la infancia. Cabe aclarar que esta formación precede la existencia del Sistema Nacional Integrado de Salud; inclusive, puede remontarse a las organizaciones tripartitas que surgieron con la creación del Consejo Central de Asignaciones Familiares, en la década del cuarenta.

El proceso se inició con la creación y desarrollo del Laboratorio de Pesquisa Neonatal, la suscripción y puesta en práctica de convenios de complementación con efectores públicos y privados, y la aprobación de varias resoluciones, solicitando al Ministerio de Salud Pública que reconociera al BPS como centro de referencia en la atención de fibrosis quística, epidermiolisis ampollar, enfermedades raras y medicina embriofetal y perinatal.

En cumplimiento de esta propuesta, el BPS ha firmado numerosos convenios a nivel de servicios de salud con diferentes instituciones públicas, entre las cuales podemos mencionar las siguientes.

Con ASSE firmó convenios de complementación de servicios en cada una de sus unidades, Centro Materno-Infantil Nº 1, Nº 2, Nº 4 y Nº 6, y la Unidad de Perinatología.

Existe un convenio con ASSE, la Intendencia de Montevideo, Sanidad Militar y Sanidad Policial para que en el local del Centro Materno-Infantil Nº 6 -ubicado en la calle 8 de Octubre- funcione el laboratorio de citología del área metropolitana; esto está en el marco de la Red Integrada de Efectores Públicos de Salud (Rieps).

Hay un convenio con la OPP para el programa Uruguay Crece Contigo.

También firmamos acuerdos en forma conjunta con los prestadores públicos integrantes de la Rieps y el programa Uruguay Crece Contigo.

Hicimos un convenio con Antel para la entrega de computadoras adaptadas a los usuarios discapacitados del Crenadecer.

Llegamos a un acuerdo con el Banco Hipotecario; la Intendencia de Montevideo, y los Ministerios de Relaciones Exteriores, de Defensa Nacional y de Trabajo y Seguridad Social -entre otros- para promover la lactancia materna en el ámbito laboral.

Actualmente, se está elaborando un nuevo convenio de complementación de servicios de ASSE, en el marco del acuerdo celebrado el 26 de abril de este año.

En 2012, una vez iniciado el proceso por el que solicitamos que el BPS fuera designado como centro de referencia para algunas enfermedades, se visualizó que la tarea más adecuada era la de crear un centro de referencia nacional en defectos congénitos y enfermedades raras para centralizar, coordinar y potenciar el conocimiento adquirido, los recursos materiales y los trabajadores capacitados en esta área e incluir el proceso de atención de las personas que podían tener un defecto congénito. Se siguió trabajando sobre lo aprendido y proyectado, en una secuencia de atención que iba desde la detección de una enfermedad congénita en el período fetal y la confirmación o no de dicha patología u otras a través del Laboratorio de Pesquisa Neonatal hasta el diagnóstico y tratamiento en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento del Crenadecer.

En algunos casos, este proceso requiere la internación de los pacientes, pero no siempre en las mismas condiciones. Por eso, se instrumentaron tres formas de internación: domiciliaria, hospital de día e internación hospitalaria.

Esta estrategia fue apoyada por el Ministerio de Salud Pública, que estableció el marco normativo del Crenadecer mediante decretos y ordenanzas.

Por el Decreto Nº 325, de 2013, se reconoce al Laboratorio de Pesquisa Neonatal del BPS como único centro de diagnóstico, confirmación y seguimiento de las patologías de detección obligatoria a través de la gota de sangre del talón de todos los recién nacidos del país o de la sangre de cordón umbilical: fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal congénita, fibrosis quística e hipotiroidismo.

La Ordenanza Nº 280 del Ministerio de Salud Pública -de mayo de 2014- reconoce al Crenadecer en la órbita del BPS y establece que se reglamentarán cuáles serán las patologías que serán atendidas en dicho centro. En el momento actual, se atienden: malformaciones maxilofaciales, fibrosis quística, epidermolosis ampollar, defectos del tubo neural, errores innatos del metabolismo y otras enfermedades raras de causa genética e inicio en la infancia.

La Ordenanza Nº 629, de octubre de 2014, autoriza la incorporación de la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal del BPS al Crenadecer y el comienzo de las actividades de detección de riesgo de defectos congénitos a través del screening del primer trimestre de gestación para los usuarios de prestadores públicos del área metropolitana. Esto funciona desde mayo de 2015.

Con el objetivo de continuar avanzando hacia la complementariedad y coordinación con otros efectores públicos, la concentración de la atención de las personas con las patologías aprobadas para lograr un mejor nivel de atención y de capacitación de los trabajadores, y el aprovechamiento de los recursos materiales y de trabajadores capacitados de las dos instituciones, a finales del año 2015 se planteó trasladar físicamente el sector de internación del Sanatorio Canzani a otro prestador público: el Hospital Policial. Esto se hizo en el marco de un convenio de complementación de servicios con Sanidad Policial y ASSE.

A esta definición se llegó luego de un análisis detallado de la situación del sector de internación del Crenadecer, donde se constató una importante subutilización de los recursos hospitalarios -en 2015 hubo un 35% de ocupación, 20 usuarios internados por día como promedio, 17 nacimientos por mes y 246 funcionarios prestando funciones-; la necesidad de invertir cuantiosos recursos para cumplir con los requisitos de habilitación del Ministerio de Salud Pública; dificultades para asegurar una adecuada cobertura asistencial, fundamentalmente en guardias de pediatría y medicina; un elevado costo de funcionamiento, asociado a la baja demanda, y la necesidad de contar con un CTI neonatal, que finalmente no fue autorizado por el MSP, atendiendo a su política sanitaria de propender a la complementación de servicios.

Los principales objetivos para esta definición fueron asegurar la adecuada calidad asistencial y mejorar la eficiencia de los recursos de la institución.

Los resultados esperados eran -y son- mejorar la satisfacción y seguridad de los usuarios; mejorar la calidad asistencial; mejorar la eficiencia en la gestión; avanzar en la consolidación del Crenadecer, desarrollando nuevos servicios; fortalecer el Sistema Nacional Integrado de Salud y la atención en el Hospital Policial y en el Hospital Pereira Rossell, y preservar todos los derechos de los trabajadores del BPS, asegurándoles la continuidad del desarrollo de la tarea, atendiendo a su especial capacitación.

Esta propuesta, que implicaba contar con un área de internación exclusiva para usuarios del Crenadecer en el Hospital Policial, bajo responsabilidad directa de la atención de los usuarios y con trabajadores del BPS, fue resistida por el sindicato de trabajadores del BPS -la ATSS- y otros actores. En consecuencia, se creó un grupo de trabajo integrado por el Ministerio de Salud Pública, el BPS, ASSE y ATSS, para tratar de llegar a un documento de acuerdo entre las partes y poder seguir adelante con el proyecto. Ese acuerdo finalmente se logró el 26 de abril de 2016.

Desde febrero del presente año hasta la fecha en que se hizo el acuerdo -26 de abril- se mantuvieron en el Ministerio de Salud Pública instancias de negociación convocadas por esa cartera, en las que participaron el Ministerio, el BPS, ASSE, y la ATSS. En dicho acuerdo -que obviamente el BPS cumplirá en todos sus términos- se establecen diferentes tópicos que, de alguna manera, son los que están presentes en la convocatoria que nos realizó esta Comisión. Entendemos necesario contar en forma bastante lineal este proceso para que se entienda lo que estamos haciendo.

Los términos de este acuerdo son, primero, Policlínica de Alto Riesgo Social. Se acuerda que se mantenga la atención en Policlínica de Alto Riesgo Social -primer nivel de atención- para las usuarias de “Uruguay crece contigo”, más pacientes que ASSE considere derivar en las instalaciones del sanatorio Canzani, con recursos humanos y dirección administrativa del Banco de Previsión Social y dirección técnica de ASSE, siendo derivados los partos de las usuarias de esta policlínica a ASSE.

Hasta ahora se realizaron varias reuniones de trabajo a distintos niveles de jerarquías entre el Banco de Previsión Social y ASSE para lograr que se consolide esta Policlínica de Alto Riesgo Social, que está funcionando, pero como lo venía haciendo hasta ahora, es decir, atendiendo tres veces por semana. En dichas reuniones se establecieron pautas preliminares. En primer lugar, el Banco de Previsión Social se hace cargo de los costos de la atención de las usuarias de “Uruguay crece contigo” y realizaría la atención y estudios que se dispongan en el Canzani, o en la unidad de perinatología, para atender a las usuarias que ASSE derive; los costos generados de la atención de las usuarias de ASSE serán de cargo de ASSE, en el marco de la complementación de servicios. A su vez, Banco de Previsión Social ampliaría de dos a cinco los días de atención en la Policlínica, pudiendo recibir en ese escenario 32 usuarias por día, 690 por mes.

Banco de Previsión Social planteó a ASSE cuáles serían sus necesidades y ASSE las estudiaría para integrarlas en este convenio de complementación.

Asimismo, Banco de Previsión Social tiene que analizar y conversar con los trabajadores para determinar qué trabajadores participarán de este acuerdo con ASSE y eventualmente hacerlo mediante acuerdo en un ámbito de trabajo con fuerte diálogo.

El segundo punto de este acuerdo del 26 de abril es el cierre de la maternidad del sanatorio Canzani. Debido a la incorporación al Sistema Nacional Integrado de Salud de las usuarias que atendía el Banco de Previsión Social, los quinientos partos mensuales que se atendían en el Canzani bajaron a diecisiete.

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública viene desarrollando en el todo el territorio nacional una política de maternidades únicas a efectos de mejorar la calidad y eficiencia de la atención de estos servicios en el marco de los objetivos sanitarios 2015-2020 aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Todos estos aspectos fueron determinantes en la definición del cierre de la maternidad y los cuatro integrantes del grupo de trabajo estuvieron de acuerdo con esta posición adoptada el 26 de abril. En un comunicado emitido por la Gerencia de Prestaciones de Salud, el Banco de Previsión Social efectivizó el cierre de la maternidad a partir del 1º de junio pasado. Esta decisión se fundamentó en la necesidad de dar cumplimiento a lo acordado por los cuatro integrantes del grupo para iniciar el proceso de consulta a los funcionarios involucrados con el objetivo de definir quiénes podrían desempeñarse en la Policlínica de Alto Riesgo Social en el marco de la ampliación de los días de atención definidos, además de informar a ASSE quiénes tendrían interés de participar en la complementación de servicios, pasando a desempeñarse en algunas de las unidades ejecutoras de dicha institución. Asimismo, iniciar el proceso de reestructura implica adaptar algunos servicios de la Unidad de Perinatología -en el Canzani- para adecuarlos al nuevo rol central a desarrollar, como Unidad de Internación de Crenadecer para la atención de niños y de adultos, portadores de las patologías que son de referencia del centro.

En el marco de este proceso de reestructura de los servicios, también se acordó adecuar la dotación de los trabajadores, buscando fortalecer el Crenadecer a nivel de sus servicios ambulatorios -la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento-, de internación, como asimismo de la unión en Umefepe y la atención en los centros materno-infantiles con que cuenta el Banco de Previsión Social.

Antes de tomar esta decisión hubo dos reuniones con el sindicato para tratar de acordar la fecha de cierre de la maternidad, pero lamentablemente en ninguna de esas dos oportunidades se llegó a un acuerdo, por lo cual la administración dispuso que fuera el 1º de julio, habida cuenta, además, que ya no había mamás en el sanatorio.

Como producto del trabajo de un equipo designado para atender el impacto en el cierre de la maternidad, fue necesario redefinir la población objetivo que tendría derecho a asistirse en la unidad de internación y la propuesta de reestructura de los servicios. En ese escenario, la población que tendrá derecho a asistirse en esta unidad de internación serán los niños de hasta 14 años, portadores de las patologías que atiende el Crenadecer, y niños de hasta 14 años portadores de patologías congénitas o secundarias al riesgo perinatal que se asisten en Banco de Previsión Social desde antes del 2008, que son usuarios del convenio “Uruguay crece contigo”, que son hijos de funcionarios del Banco de Previsión Social o hijos e hijas de trabajadores o trabajadoras formales de la actividad privada sin derecho a Fonasa. Todo ese colectivo es el que tiene derecho a asistirse en la unidad de internación. También podrán asistirse mayores de 14 años, adolescentes y adultos, con las mismas características, es decir, portadores de las patologías que atiende el Crenadecer o de patologías congénitas o secundarias de riesgo perinatal.

Asimismo, se trabaja en la propuesta de la reestructura de los servicios. Es necesario redimensionar diferentes servicios para adecuarlos estrictamente a las funciones que prestará la unidad de internación y que se pueden resumir en atención en puerta de emergencia de adultos y niños con las patologías que ya referimos, actividades en block quirúrgico derivadas de los servicios especializados de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, que consisten en cirugía plástica, cirugía maxilofacial, urología, cirugía pediátrica y de adultos -son sencillas, es decir, que no requieren atención de CTI porque no hay en el Canzani-, oftalmología, otorrinolaringología y otros procedimientos que requieran la utilización de block quirúrgico. Se realizan en otros efectores aquellas cirugías que por su especialización requieran equipamientos de mayor complejidad o necesiten atención en unidades de cuidados de tercer nivel

También hay que reestructurar la internación de usuarios, niños y adultos, para lo cual se ha elaborado un detallado informe con los requerimientos y servicios que es necesario reestructurar, a saber, medicina de

adultos, ginecología, parteras, pediatría, anestesia, imagenología, hemoterapia y enfermería.

En forma muy sintética, se puede decir que en lo que tiene que ver con medicina de adultos, existiría un régimen de guardia 100% presencial, con un sistema de médicos internistas que serán los responsables del tratamiento y seguimiento de los pacientes adultos internados en forma diaria, la atención de puerta de emergencia, así como los pacientes internados en otros efectores de salud contratados. En ginecología, en la Policlínica de Alto Riesgo Social, se debe fortalecer la Umefepe también con personal de ginecología. A su vez, se ampliará la atención de la Policlínica de Alto Riesgo Social.

Se continuará brindando los servicios de ligaduras tubarias a las usuarias de "Uruguay crece contigo", así como los que surjan del marco de un convenio de complementación con algunos efectores públicos y privados.

En pediatría se realizará la cobertura de guardia en el sector internación y atención en puerta de emergencia con dos pediatras de guardia. Asimismo, se ampliarán las horas de neonatólogo en la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal.

En anestesia, al no haber cesáreas, la actividad quirúrgica será fundamentalmente de coordinación, por lo cual se eliminaría la guardia presencial y se pasaría a un sistema con dos anestesistas de retén.

En ecografía, al no haber embarazadas internadas, no se requiere contar con ecografistas de retén y se trabajaría en forma presencial con dos equipos.

En hemoterapia la guardia también pasaría a ser de un técnico, en lugar de dos, y en enfermería se definieron los servicios que se continuarán prestando, en los cuales participa personal de enfermería: los dos sectores de internación, uno para niños y otro para adultos, block quirúrgico, centro de materiales, puerta de emergencia, Umefepe, Policlínica de Alto Riesgo Social, Centro Recolector de Leche Humana, radiología, Comité de Seguridad del Paciente, Comité de Infecciones Intrahospitalarias, alimentación enteral y fórmulas lácteas. Hay requerimientos de enfermería para asegurar los servicios que se necesitan y para ello es necesario reasignar. Dicha reasignación se hace pensando en un sector de internación con dos áreas, una con niños de seis meses a catorce años y adultos a partir de los quince y otro sector con niños menores de seis meses, incluyendo a recién nacidos. Ambos sectores también tienen requerimientos específicos de personal, tanto de enfermería como médico, y es parte de la estrategia de reestructura del servicio.

Otro aspecto del convenio suscrito el 26 de abril expresa que el Crenadecer seguirá desarrollando un rol imprescindible en el SNIS como Centro de Referencia en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral de pacientes con estas patologías, priorizando, siempre que esto no afecte la calidad de la atención, las instalaciones del Banco de Previsión Social.

El Banco de Previsión Social está comprometido en continuar avanzando en el desarrollo y la consolidación del Crenadecer. Esto fue puesto de manifiesto en un comunicado del Directorio del 1º de junio a todo su personal en el que se ratifica que integra la estrategia central del instituto dentro del área asistencial del Sistema Nacional Integrado de Salud la de desarrollar y potenciar el Centro de Referencia Nacional en Defectos Congénitos y Enfermedades Raras.

Como ya dijimos, la población objetivo del Crenadecer está referida en las ordenanzas Nº 280 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud Pública. El Crenadecer está compuesto por tres componentes principales que funcionan en forma integrada, con funciones y población objetivo diferentes.

Las tres unidades son: la Unidad de Medicina Embriofetal y Perinatal, incorporada al Crenadecer por la Ordenanza Nº 629 del Ministerio de Salud Pública, cuya función es, entre otras, detectar el riesgo alto para defectos congénitos a través de la realización del screening en el primer semestre a las gestantes del país, su confirmación a través de punción de vellosidad corial y posterior estudio genético para detectar de cromosomopatía.

En una primera etapa que se viene implementando desde mayo de 2015 el Ministerio de Salud Pública autorizó que la población objetivo fueran las mujeres gestantes de los efectores públicos del área metropolitana.

La segunda unidad es el Laboratorio de Pesquisa Neonatal, que integra el Sistema Nacional de Pesquisa Neonatal y actualmente, a través del procesamiento de la sangre de talón extraída a todos los recién nacidos del país, se realiza la pesquisa de aquellas patologías declaradas de detección obligatoria por el Ministerio de Salud Pública, que ya referí. También existe un programa piloto que incluye más de veinte patologías que son detectadas a través del laboratorio.

Este laboratorio funciona hace más de diez años y en 2013 el Ministerio de Salud Pública lo reconoce por decreto como único centro de diagnóstico, confirmación y seguimiento de las patologías de detección obligatoria a través de las gotas de sangre para la población de todo el país.

La Unidad de Diagnótico y Tratamiento -UDT- es la tercera unidad que integra el Crenadecer, e incluye dos plantas físicas: una en la que funcionan los equipos de referencia y la unidad de internación. En ambos sectores, y según los requerimientos de salud del usuario, se realiza el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios portadores de las patologías que atiende el Crenadecer y de aquellas patologías congénitas o secundarias de riesgo perinatal. Esto tiene que ver con la población objetivo que ya he referido.

Aclaro que toda esta información está integrada en dos documentos que vamos a dejar en poder de la Comisión para que sus integrantes puedan conocerlos; también dejaremos una folletería en la que figura la integración del Crenadecer en su última versión, con las unidades que lo integran, además de otra información sobre todo lo que hace el BPS en clave de mejora de las condiciones de las personas que tienen alguna discapacidad o alguna de estas enfermedades cuando se vuelven discapacitantes.

Hoy existen seis equipos de trabajo en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento: el de malformaciones maxilofaciales, que tiene 732 pacientes; el de errores innatos del metabolismo, con 159 pacientes, 21 de los cuales están esperando la confirmación diagnóstica a través de estudios; el equipo de defectos del tubo neural -o mielomeningocele-, que tiene 268 pacientes; 14 pacientes con epidermólisis bullosa; 479 con fibrosis quística, y en lo que tiene que ver con otras enfermedades raras, hay 342 pacientes de los cuales 91 están esperando la confirmación diagnóstica. Entre ellas hay una gran variedad, todas de baja prevalencia, como Síndrome de Prader-Willi, Niemann-Pick y otras.

En total en este momento hay 1994 pacientes, usuarios del Crenadecer, que tienen la necesidad de una atención sumamente especializada para el desarrollo de la mejor calidad de vida.

Sin perjuicio de ello se siguen atendiendo pacientes portadores de patologías congénitas o secundarias a riesgo perinatal que ya eran usuarios del Banco de Previsión Social; estamos hablando de un entorno de 8.500 personas.

Por decisión del Ministerio de Salud Pública estas patologías están siendo atendidas en el Banco de Previsión Social. Cuando la Ordenanza Nº 280 reconoce al Crenadecer como centro de referencia, lo hace con la atención de estas patologías que ya se estaban atendiendo en la institución.

SEÑORA PRESIDENTA.- ¿Me permite?

La Mesa recuerda que estamos convocados para una sesión extraordinaria de la Cámara de Representantes a la hora 14. Para que la Comisión pueda seguir funcionando, reglamentariamente debemos pedir autorización al plenario.

Por lo tanto, si los invitados no tienen inconveniente, pasaríamos a un breve intermedio y continuaríamos sesionando luego de que la Cámara vote la respectiva autorización.

(Apoyados)

—Se pasa a intermedio.

(Es la hora 14)

——Continúa la reunión.

(Es la hora 14 y 29)

——Habiendo sido autorizados por el plenario para sesionar, la Comisión puede continuar funcionando.

SEÑORA OIZ (Rosario).- Veníamos hablando del Crenadecer y de las tres unidades que lo integran: la Umefepe, el Laboratorio de Pesquisa Neonatal y la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento.

Ya dijimos cuáles eran las enfermedades que hoy se están atendiendo en la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento, los equipos existentes y los usuarios: portadores de patologías congénitas o secundarias al riesgo perinatal -que son 8.500- que se asisten en el BPS desde antes de la existencia del Crenadecer.

Estas patologías fueron propuestas en un informe de avance de una comisión interinstitucional que en noviembre de 2011, luego de realizar un pormenorizado estudio de la situación, resolvió atender estas enfermedades con los protocolos correspondientes. Cada una de estas patologías fueron atendidas por los equipos de referencia que se crearon por disposición del Directorio del BPS, al mismo tiempo que se fue elaborando el proyecto de centro de referencia presentado al Ministerio de Salud Pública: su primera versión en 2013, y su última versión en 2014. Queremos demostrar que esto fue parte de un proceso que se inició con la solicitud de ser declarados centros de referencia para enfermedades puntuales. Después, a través de estudios y de reuniones interinstitucionales, se entendió que lo más adecuado era la generación de un centro de referencia.

Dentro de la propuesta de trabajo y de desarrollo de este centro de referencia, no solo se ha trabajado en lo que tiene que ver con la definición de las enfermedades a tratar y con los protocolos y las características de la atención que significan una situación específicamente médica, sino que -de la mano de todo este proceso- también hubo trabajos de desarrollo de infraestructura edilicia y de inversión en equipamiento. En esta tarea y este desarrollo se van viendo las necesidades de infraestructura y de cobertura de algunos temas a partir de la obtención de equipamiento que los atienda.

Fue así que se mejoraron las instalaciones del Canzani, por ejemplo, incluyendo salas para pacientes que requieren estar aislados. Se trata de una inversión que se hizo hace dos años, adaptando las salas. Como hay niños y adolescentes que tienen que estar bastantes días internados, también se mejoraron las condiciones de las salas -con dos o tres niños como máximo-, poniendo equipos de televisión para que puedan hacer su estadía más grata. Otras inversiones que se hicieron en el Canzani fueron la compra de equipos para las salas quirúrgicas.

Con esa misma lógica, se trasladó el Laboratorio de Pesquisa Neonatal a su actual ubicación, en el edificio de Tristán Narvaja casi Uruguay. Cuando estaba ubicado en el entrepiso del Canzani resultó ser francamente insuficiente e inadecuado al desarrollo de las tareas. En el edificio de Tristán Narvaja se realizó una importante obra que ocupa todo un piso; el laboratorio fue trasladado para allí en 2013. Eso obedeció a la necesidad de comprar nuevo equipamiento para desarrollar la tarea de la mejor manera posible, pero los espacios resultaron inadecuados.

También se está haciendo una importante inversión en el local de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento. Se trata de una obra de infraestructura que está planificada en cinco etapas. La etapa inaugurada en diciembre de 2014 implicó una adecuación del hall de entrada del local de la Unidad de Diagnóstico y Tratamiento en Agraciada, la adaptación de los consultorios a la realidad de los niños y adolescentes que se atendían allí, ya que los antiguos consultorios eran francamente inadecuados para los niños con sillas de ruedas o con muchas dificultades de movilidad. Hubo que hacer consultorios adecuados no solo por las puertas de ingreso, sino por toda su estructura para poder atenderlos adecuadamente. Se resolvió el problema de la enfermería limpia y sucia, algo que había que mejorar por el tipo de tareas que se empezó a hacer allí. En la primera etapa también se incluyó la parte de infraestructura del hospital de día.

La segunda etapa está en proceso. Implica una obra que se está desarrollando en un predio contiguo adonde ahora está el edificio de la UDT. Además de consultorios, va a tener un equipamiento para la atención en rehabilitación de estos niños. Ya hay un espacio de rehabilitación en la UDT en la calle Jujuy que está resultando francamente insuficiente para la mejor atención de los gurises. Se contrató nuevo personal de rehabilitación que se está formando para esta atención. Sin duda, vamos a poder brindar una atención de mejor calidad en el marco de la rehabilitación de estos niños con dificultades.

Esta obra tiene tres etapas más que implican la generación de espacios adecuados para el personal de la UDT; actualmente, el personal médico y de salud no tiene un lugar apropiado para cambiarse o para ducharse. También va a tener espacios para formación. En realidad, una de las dificultades importantes que tiene la atención de estos niños es la falta de capacitación específica. Para ello contamos con convenios de colaboración con la Facultad de Medicina, algunos de los cuales ya están operativos para ciertas áreas de la medicina; el perfeccionamiento se produce tanto en el Canzani como en la UDT. Esperamos seguir desarrollando esta situación, algo que significa nuevas inversiones que vamos haciendo de forma ordenada y planificada, como no puede ser de otra manera cuando hablamos de este tipo de cosas.

Todo este proceso se hizo conversando y planteando al sindicato de los trabajadores estas tareas que estamos realizando y que nos estamos proponiendo. En el último tiempo se han realizado varias reuniones con el sindicato. Existe una bipartita de salud desde hace muchos años que funciona con regularidad, en la que hay representantes del Directorio y del sindicato para el análisis de todos los temas que tienen que ver con salud.

Después del acuerdo del 26 de abril, se realizaron varias reuniones con el objetivo de hacer operativo el convenio. En la primera reunión de la bipartita se comunicó al sindicato la integración de la representación de la institución y la necesidad de poner una fecha para resolver el cierre de la maternidad. El sindicato planteó algunas objeciones y, después de un par de reuniones, no fue posible llegar a un acuerdo. Entonces, urgidos por la necesidad de empezar a hacer operativo el convenio, se resolvió el 1º de junio como fecha de cierre de la maternidad. Como dije, eso no generó ninguna dificultad porque el nivel de partos era mínimo como para que los usuarios se vieran resentidos. Después se siguieron realizando otras reuniones para poner en conocimiento de los trabajadores los informes y la situación como la veíamos desde los técnicos de la administración para tratar de lograr la posición del sindicato o su visión de esta situación para seguir adelante.

Hay dos informes que resumen el estado de situación y la propuesta de trabajo. En uno de ellos se analiza el estado de situación y se visualizan los cambios que hay que hacer y, en el otro, se detalla cómo estructurar el servicio teniendo en cuenta los trabajadores que hoy existen, los que se necesitarían para las distintas áreas y qué propuestas podría haber.

No hemos tenido respuesta del sindicato sobre estas propuestas, por lo que no sabemos cuáles podrían ser los puntos de acuerdo para seguir trabajando en el desarrollo del Crenadecer y del resto de los servicios de salud que tiene el Banco de Previsión Social.

Me importa aclarar, para que no haya lugar a confusiones, que aún no hay decisiones tomadas sobre estas situaciones. Estos son documentos de trabajo, propuestas que están analizando nuestros técnicos como un camino para transitar en la consolidación del Crenadecer y en el reforzamiento de los servicios del Banco de Previsión Social, con el mismo objetivo. Los objetivos en este escenario son los mismos que nos llevaron y nos llevan a seguir trabajando en esta área: la mejora del servicio para mejorar la calidad de atención de los usuarios y el mantenimiento de los lugares de trabajo de los trabajadores del Banco de Previsión Social, asegurando que no pierdan derechos y puedan seguir desarrollando su actividad, según su perfil de capacitación. En el área de la salud hay muchas variables: hay técnicos, médicos, especializaciones, enfermería, licenciadas, etcétera. Como podrán ver en los informes que dejamos, el abanico es muy amplio, pero todavía estamos trabajando. Por eso esperamos que los trabajadores nos hagan una propuesta y nos planteen cómo visualizan esta realidad.

Obviamente, hay que seguir caminando. Tenemos que cumplir el convenio del 26 de abril y eso implica potenciar la policlínica de alto riesgo en el acuerdo con ASSE, en lo que se está trabajando, y potenciar el Crenadecer como centro de referencia en la atención de defectos congénitos y enfermedades raras. Ese es nuestro cometido y nuestro objetivo, y para ello conversamos con todos los actores.

También conversamos con las asociaciones de familiares, padres y personas que tienen algunas de estas enfermedades raras, con los que tenemos un vínculo importante y reuniones periódicas. Esa es nuestra estrategia de trabajo para que, en el futuro próximo, podamos llegar a un acuerdo que nos permita desarrollar esta área de actividad que es muy cara -en el sentido de querida- para quienes la necesitan.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Es un gusto recibir a los integrantes del Directorio del Banco de Previsión Social. Los felicito por el largo informe que nos acaba de proporcionar la doctora Rosario

Oiz. En los últimos quince años el Banco de Previsión Social ha tenido un adelanto formidable en el área de la salud.

Nosotros estuvimos en el Sanatorio Canzani y quedamos un poco preocupados por algunas situaciones, sobre las que quiero consultarlos. Algunas de las dudas fueron contestadas, pero por mi profesión de médico me gusta ser pragmático, situarme en la realidad y ver cómo se manejan las cosas, porque muchas palabras raras, confunden.

Me referiré al acuerdo firmado el 26 de abril. Por lo que uno desprende de las palabras de la doctora Rosario Oiz, parece que el acuerdo se está cumpliendo a rajatabla y lo que tiene dificultades está en un proceso de transformación. La decisión que tuvieron que tomar los integrantes del Directorio del Banco de Previsión Social y los trabajadores fue compleja. El cierre de la maternidad es un hecho traumático. Entonces, hay que trabajar para que este hecho traumático, del cierre de un servicio, se explique de la mejor manera.

Los integrantes del Directorio del BPS, el sindicato de trabajadores y las autoridades del Ministerio de Salud Pública encararon el tema con la madurez necesaria, llegando a entendimientos y a firmar este acuerdo. Eso es lo primero: cada vez que uno se desprende de un servicio, lo vive como un hecho traumático, por más que sea para mejorar; la palabra "cierre" ya genera traumas en los actores sociales.

Este acuerdo está vigente. Por todas las conversaciones que hemos tenido con las autoridades del BPS, el cierre era algo inminente porque no se justificaba tener un servicio de la envergadura del que tenía el Banco de Previsión Social para atender solo diecisiete partos al mes. Además, la política del Ministerio de Salud Pública de estudiar la posibilidad de focalizar maternidades únicas en el resto del país iba a contrapunto de esto. Me parece que fue una medida acertada, y creo que el sindicato también la entendió.

La sorpresa que nosotros tuvimos fue cuando llegamos al área de internación -sobre lo que queremos consultar-, en la que había niños internados. Allí nos mostraron una resolución, no recuerdo si del departamento médico o del BPS, en el sentido de que no podían ingresar más niños a partir de determinada fecha. Eso sí me preocupó, aunque entiendo que distintas interpretaciones: lo que ustedes interpretaron por maternidad no fue lo mismo que interpretaron las trabajadoras y los trabajadores del BPS.

Cuando uno habla de maternidad hace referencia a dos componentes: el nacimiento y el cuidado del niño que nace. Nos parece lógico que el niño que nace normalmente cumpla su ciclo en la institución que fuere y se vaya para su casa. Ahora, si ese niño tiene una patología comprendida dentro de las que trata el Banco de Previsión Social, aunque haya nacido en otra institución, tiene dos caminos: si requiere internación de cuidados intermedios o CTI, va al Hospital Policial -en virtud del acuerdo de complementación de servicios-, y si no requiere internación de intermedio o CTI, pero sí cuidados especiales durante diez o doce días, como es habitual en estos casos, va al Hospital Canzani.

Esto fue lo que nos generó dudas a los trabajadores y a nosotros. Entiendo que no se puede ni se debe trasladar al recién nacido, por más sano que esté; se lo debe asistir en el mismo lugar en el que se produjo el parto.

Reitero el razonamiento: si el niño tiene una patología grave que precisa CTI, va al Hospital Policial; si no requiere CTI, pero precisa cuidados especiales porque está dentro de las patologías que atiende el BPS, va al Canzani.

Por lo que pudimos ver en la visita, ese es el nudo de la cuestión, por una mala interpretación. A mí me parece que se interpretó -por lo menos así lo entendimos cuando fuimos- que ese piso se cerraba, que no habría más ingresos de niños. Ahora entendí lo que la doctora Rosario Oiz decía en cuanto a que no se cerrará.

Me gustaría que se aclarara si este razonamiento es o no correcto.

Otra cosa importante es que el block quirúrgico que hoy tiene el Banco de Previsión Social se potenciará para otras patologías que no requieran internación en CTI para el postoperatorio, pero que se puedan atender con recursos propios, como oftalmología, otorrinolaringología, cirugía pediátrica, cirugía de adultos, etcétera. Entonces, tampoco se cerraría el block quirúrgico, sino que atendería un conjunto de patologías que no precisan CTI en el postoperatorio.

En el documento que nos entregaron veo que figura la línea que hay que seguir, por lo que los felicito: buscar la complementación de los servicios primeros del Estado. Cuando el Estado tenga posibilidades de brindar cobertura de complementación, potenciando las capacidades de los dos efectores -Banco de Previsión Social y ASSE-, se podrán lograr un montón de cosas.

El otro desacuerdo que se produjo fue sobre la fecha y sobre si se tomaron o no los cuidados necesarios. Se está transitando este cambio y no hubo problemas. Justo coincidió que al segundo día del cierre nació un niño que terminó en el Sanatorio Americano. Desde el 1º de junio hasta ahora no ha habido problemas serios en la asistencia de estos chicos.

En cuanto a la transición, los trabajadores tenían más expectativas, y yo los entiendo. Hay que ponerse también del lado de los trabajadores, cuando están transitando un cambio importante para su modalidad de trabajo, y más cuando estaban todos de acuerdo en trabajar en los distintos lugares. Lo podemos entender. Quienes estamos en política sabemos que a veces hay tiempos acordados que no se cumplen y que hay sectores que tienen más expectativas que otros. Yo interpreté que los trabajadores querían más tiempo, antes del cierre, para ajustar algunos detalles. Cuando no hay acuerdo, las autoridades, que son las que tienen la responsabilidad sobre sus hombros, tienen que tomar decisiones; las tomaron y se están cumpliendo.

SEÑOR LEMA (Martín).- Saludamos al directorio del BPS; valoramos que haya empezado a transitar por los canales correspondientes para asistir a esta Comisión.

Tengo una visión distinta a la del diputado preopinante. Empecemos por el compromiso. Es cierto que hay un compromiso de cuatro puntos y que se está cumpliendo a rajatabla, pero al parecer uno solo de ellos en forma drástica: el cierre de la maternidad.

Como bien se decía, fuimos a charlar con los trabajadores al Sanatorio Canzani. Cada uno habrá sacado sus propias conclusiones. Como comisión, comentamos algunos aspectos e intercambiamos algunos conceptos. Es verdad que, en un momento, notamos que la situación no estaba clara para ninguna de las dos partes, que tenían algunas diferencias sobre el plan estratégico o sobre la función que deben tener.

En lo personal, lo que hice fue analizar el conjunto de decisiones tomadas por el Directorio del BPS para ver si tenía credibilidad lo que expresaba, y si lo expresado era acompañado por hechos que, en definitiva, es lo que importa. Podemos estar largas jornadas leyendo todos los documentos que se presenten, pero si, por la vía de los hechos, no se mejora la calidad, en definitiva, estuvimos perdiendo el tiempo.

Recuerdo que el año pasado -no en virtud de una visita de la Comisión, sino a título personal- fui al Sanatorio Canzani y vi a los trabajadores desconcertados por las señales confusas que daba el Directorio del BPS. Se dice que se busca el diálogo, el aval de los trabajadores, pero me tocó ver los comunicados en los que ustedes notifican decisiones -algunos hasta con errores- y después piden la opinión a los trabajadores. Si se emite un comunicado es porque está todo prácticamente resuelto. Solicitar la opinión de los trabajadores después, obviamente no supone el nacimiento de un consenso, sino que ya hay una decisión tomada, que podrá gustar o no.

Yo repasé la versión taquigráfica del día que vinieron en 2015, cuando ya estaba la intención de trasladar el servicio al Hospital Policial. Si lo analizamos en perspectiva, producto del común acuerdo se dejó de lado. Entonces, analizar los pasos del Directorio del BPS tiene relación con la credibilidad del documento. Sería bastante ingenuo si solo me convenciera con la lectura del documento; me puede convencer a nivel teórico, pero en definitiva lo que buscamos todos es mejorar la calidad de atención desde el punto de vista pragmático.

Recuerdo que, en ese momento, la directora Oiz, en forma sumamente terminante, hacía referencia a evaluaciones económicas, sanitarias y de garantías, que fueron las que llevaron a la decisión del traslado al Hospital Policial. Esto consta en la página 14 de la versión taquigráfica de esa sesión. Acto seguido, en dos oportunidades les solicité los informes sanitarios, económicos y de garantías de todo ese proceso que, como sabemos, se vio frustrado, pero fueron muy convincentes en la intención de un plan de acción, por lo que me pareció justo darles el beneficio de la duda para convencerme. Sin embargo, lamentablemente no di con ninguno de esos tres informes en los que, según ustedes, se basaron para tomar la decisión. Ahora se habla de toma de decisiones a futuro, pero en aquel momento era una decisión tomada.

Ante la frustración de que nunca me llegaron esos documentos, el 13 de enero de 2016 hice un pedido de informes sobre la evaluación económica, sanitaria y de garantías que había mencionado la directora Oiz; estoy esperándolo hasta el día de hoy. Si bien es cierto que hubo un acuerdo posterior, antes de que hubiera un cambio de rumbo en la decisión tomada, cuando vinieron a esta Comisión ni siquiera pudieron acreditar al Parlamento por qué era lo mejor. No se trata de establecer un documento lindo y decir: "Vamos hacia ese lado" con palabras que pueden ser muy esperanzadoras, porque cuando queremos ver los documentos que, en definitiva, nos permitirían entender sus afirmaciones, no son capaces de presentarlos. No fueron capaces de presentarlos en la Comisión ni fueron capaces de contestar un pedido de informes.

Entonces, empiezo a encadenar diferentes acciones y digo: "Me parece que el Directorio del BPS no tiene un rumbo claro". Lo digo porque si no se pueden respaldar los argumentos que se expresan en la Comisión, yo empiezo a dudar de algunas decisiones que se puedan haber tomado a futuro. Por suerte esa decisión quedó sin efecto.

Por otra parte, se hablaba del hospital de día. No es el nombre que yo o ustedes le pusimos; tiene un cartel que lo dice: lo tengo en imágenes. Escuché que no se inauguró; sin embargo, tengo testimonios de representantes del entonces presidente del BPS y también de la directora Rosario Oiz, en los que se hablaba de que se estaba en la primera etapa de la creación de un hospital de día. Y resulta que la curiosidad nos llevó a ir hasta ahí para conocer los planes de acción en que se basa el BPS para tomar ciertas decisiones y me encontré con que el hospital de día estaba cerrado. Es verdad que se inauguró y así lo comunicaron ustedes. Y no solo se comunicó; inclusive, participó la ministra de Salud Pública de la época, Susana Muñiz. Se hablaba de una proyección, de la creación de un hospital de día. Desde el BPS se comunicó como una gran transformación y se hizo hincapié en el hospital de día. Sin embargo, estamos en 2016 y de ese hospital de día no hay absolutamente nada.

También quiero hacer una apreciación de forma. Cuando me presenté en el hospital de día, me dijeron que si no coordinaba con el Directorio del BPS, no podía ingresar. El legislador tiene el deber de controlar y tiene el derecho de ingresar a las localidades para apreciar su funcionamiento, más teniendo en cuenta que el oficialismo -que ganó legítima y democráticamente- tomó la decisión de quitar el miembro de la oposición que integraba el Directorio del BPS. Entonces, es obvio que el Parlamento debe incrementar el control, y tiene estas potestades. Puedo entender que haya un comunicado que establezca protocolos, pero no se puede impedir el ingreso a un legislador, ni está previsto en ningún lado que este deba coordinarlo previamente. Esto podrá gustar más o menos, pero está dentro de las potestades de los legisladores.

Quedé sorprendido por haber sido capaces en el año 2014 de inaugurar una etapa que consistía, entre otras cosas, en un hospital de día, que generó expectativa, y que tengan esas salas cerradas. Les digo más: estuve revisando las declaraciones. El presidente señaló que no disponía de recursos humanos para hacer funcionar el hospital de día. Quedé alarmado por esa afirmación; si no es así, que se desmienta y se traslade a los lugares adonde se hizo esta declaración. Me parece realmente ridículo que se haya empezado a construir una obra sin tener un plan, sin saber cómo hacerlo funcionar; teniendo en cuenta los graves problemas edilicios de muchos centros de salud, no es posible que nos demos el lujo de tener un lugar equipado, que está bárbaro -no cuestiono la obra-, sin hacerlo operativo y sin haber dispuesto un plan.

Otra declaración que escuché era que no estaba previsto que comenzara a funcionar. Entonces, ¿para qué se hizo la obra? ¿Para qué se inauguró? ¿Para qué se gastaron recursos? ¿Cuál es la visión a futuro?

Tengo que decir esto porque me quedé absolutamente sorprendido con la situación que me tocó vivir el día que fui a conocer el hospital de día. Entonces, uno empieza a entender que, al no recibir señales claras, los trabajadores tienen fundamentos para estar nerviosos. El hospital de día es una modalidad de hospitalización; si se hubiera realizado el hospital de día en el Sanatorio Canzani, hoy no estaríamos discutiendo solo si habría que cerrar o no la maternidad, sino cómo potenciar todas las hospitalizaciones del Sanatorio Canzani, y cómo disponer de los recursos humanos. Pero se quiso innovar en algo que nunca se concretó.

¿Por qué el hospital de día permanece cerrado? Sea cual sea el argumento -si hay uno lógico-, quiero que se me diga por qué, en 2014, se comunicó públicamente que se había terminado esta etapa. La próxima vez que se gasten recursos y se inaugure una obra en algo que no quieran poner a funcionar inmediatamente, por favor, ¡anúncienlo! Digan que se gastan los recursos, que se hacen las obras, pero que es para más adelante y que vaya a saber cómo se va a hacer funcionar. De otra forma, no encuentro ninguna explicación lógica.

En cuanto al cumplimiento del compromiso del Directorio del BPS, no puede ser que de cuatro puntos acordados, empiece por el cierre de la maternidad. ¿Y los otros tres?

Desde el año 2011 existen cinco grupos de patologías. ¿Cuándo se van a incorporar más grupos de patologías para que el servicio que se presta -teniendo en cuenta las dificultades de este tipo de servicios-, sea mayor y más completo? Me gustaría saber la fecha y si cuando dicen que las incorporan es para proceder inmediatamente a dar ese servicio.

¿Cómo se va a hacer la difusión? El profesional que atiende, ¿cómo sabe qué protocolos tiene? ¿Cómo se difunde de una forma precisa la forma y el lugar adonde derivar?

Hablaron de las etapas, pero viendo toda esta improvisación con el hospital de día y las decisiones del Sanatorio Canzani, me gustaría que dieran las fechas de cada etapa. Uno puede compartir algunas intenciones, pero quiero saber la fecha de cada etapa.

Terminó la primera etapa de las cinco planificadas. De la primera etapa, hay cosas que son nulas. ¿Cuál es la fecha concreta de finalización de la segunda etapa? Y quisiera saber lo mismo respecto de la tercera, cuarta y quinta etapas.

Otra pregunta es si se va a discutir con los trabajadores, previo a tomar una resolución y emitir un comunicado. Ese tipo de profesionales que conocen tanto el día a día, que conocen tanto las características de los pacientes, creo que es bueno que se expresen antes de recibir una notificación como fue la de que a partir del 1º de junio cerraba la maternidad. Quizás, si se hubiera consultado a los trabajadores sobre los cuatro puntos antes de tomar decisiones apresuradas, estos habrían sugerido que capaz que tendría que ser en tres meses para poder potenciar otras áreas que deben estar mucho más en cuestión y más presentes en el diálogo.

Por último, quisiera preguntar cuáles son los lineamientos de potenciación concretos, que se definan cómo y cuándo se van a hacer.

Realmente, estoy bastante sorprendido porque esto excede a lo que son un conjunto de documentos y papeles. Lo peor que podemos hacer es dar señales a la población que despierten expectativa, como lo son estos comunicados del Hospital de Día, y que después pase el tiempo y eso quede en la nada. Son los recursos de todos. Vaya si habrá otras áreas para optimizar al máximo, dentro de los recursos finitos que tiene el Estado.

SEÑOR GALLI (Heber).- Agradecemos a la comisión por habernos recibido.

En cuanto a lo que hacía referencia el diputado Gallo, respecto a la unidad de cuidados especiales, es así. La unidad de cuidados especiales está funcionando; cuando hay necesidad de CTI o de cuidados intermedios se es derivado por los convenios que tenemos al Hospital Policial; lo mismo sucede con respecto al block, que se potencia.

En cuanto a la fecha de cierre, nosotros trasmitimos esa fecha al sindicato. El sindicato planteó en la bipartita que la fecha que ellos entendían era el 31 de julio; volvimos a la reunión de bipartita, les planteamos que nos parecía que el 30 de junio era una fecha que se podía acordar y negociar y el sindicato rechazó esta fecha y dijo: “31 de julio o no participamos más de las bipartitas”. Ese planteo no exhibía ningún tipo de fundamento; en algún momento lo asociaron con el plazo máximo que tiene el BPS para la presentación de su mensaje presupuestal para el año siguiente. En esas condiciones, en la segunda reunión, se les trasmitió que si no había acuerdo con postergar treinta días, se mantenía la fecha del 1º de junio.

Actualmente, estamos en un proceso de diálogo, intercambio y discusión con el sindicato. En esto sé que a veces es palos porque bogas y si no bogas, palos; en noviembre, en diciembre, cuando estuvimos aquí, había dificultades debido al relacionamiento con el sindicato, porque no había diálogo. Ahora llevamos más de un mes. Vamos a tratar muchos puntos específicos, uno por uno; se ve en la presentación que se hizo o en otros documentos y es absolutamente improbable que se acuerde exactamente en todos los puntos, pero la Administración tiene que ejecutar, tiene que llevar adelante las cosas; lo dijimos cuando estuvimos en diciembre y lo seguimos sosteniendo.

Quiero ser muy claro en referencia al tema del Hospital de Día. El BPS no inauguró los servicios del Hospital de Día el 19 de diciembre de 2014, 20 días después del balotage, porque si vamos a hablar de precisión, me interesa señalar que lejos está de nuestro ánimo cualquier tipo de actitud de este estilo. Nosotros lo inauguramos en ese momento porque fue la fecha que se nos informó que estaba pronto para entregar. Ese edificio va a tener cinco etapas de obras de infraestructura que van a ir hasta el año 2019. Están previstas en nuestro presupuesto. Esta primera parte -que no es la etapa uno, es la etapa dos, pero bueno, así lo armaron los arquitectos-, comprendía toda la etapa del viejo Centro Materno Infantil Nº 5. Ese centro materno fue totalmente adecuado; de hecho, lo que se inauguraron fueron las policlínicas y los distintos servicios que hoy están operativos. Respecto al Hospital de Día, se entendió que de las cinco etapas, lo más adecuado era insertarlo en esta primera. Luego, venía una etapa de introducción de los equipamientos necesarios y del personal.

Me interesa destacar que después que fue entregada la obra, el lugar físico del Hospital de Día tuvo algunos problemas, producto de rotura e inundación de un baño en la planta de arriba que no estaba en la obra, que lo deterioró a tal punto que hubo que hacer una ampliación y ponerlo en condiciones. Esto recién terminó de ser entregado en noviembre de 2015 de manera que estuvo en obras un tiempo más.

Nosotros dijimos que al Hospital de Día, lo que le faltaba, era personal, no que tuviéramos carencias de personal. Esto no es así; lo dijimos en diciembre: el reordenamiento de los servicios de salud del banco hace que exista ese personal disponible pero todavía no se ha asignado, producto de la etapa de discusión que venimos teniendo, entre otros, con el sindicato, para ver cómo reordenamos todos los servicios.

En esto quiero ser claro: hay referencias al Hospital de Día. En la actividad del 19 de diciembre está planteado como un servicio que se va a implantar; es lo mismo que se plantee que no tenemos un centro de referencia en rehabilitación, cuando eso está planteado en las distintas etapas de la obra en la unidad de diagnóstico y tratamiento.

Con respecto al tema de las etapas y cómo vamos a potenciarlas, sabido es que la habilitación para incorporar patologías no depende solo del BPS sino que las determina el Ministerio de Salud Pública. Nosotros habíamos presentado algunas patologías más y fue el Ministerio de Salud Pública el que determinó que arrancáramos con estas seis patologías, pero está presente en todas las manifestaciones que hemos hecho desarrollar más patologías y nuevas actividades.

Hasta hace un año no existía el planteo de que el BPS fuera centro de referencia en rehabilitación, sí centro de rehabilitación. Producto de la evolución de las discusiones y demás está planteado, incluso, que seamos centro de referencia en rehabilitación y eso va a ameritar otros desarrollos.

Cuando se habla con cierta sistematización de improvisación -lo dije en diciembre y lo voy a repetir ahora-, el proyecto original del BPS a principios de 2015 era otro. Consistía en tener un CTI dentro de las instalaciones del Canzani, pero no hubo acuerdo a nivel del Ministerio de Salud Pública respecto a ese punto. Esto obligó a que el Banco reprogramara todo de nuevo porque ya había un plan que iba en una dirección y esa dirección se cambiaba. Así, se elaboró un segundo plan que también tuvo determinadas dificultades que impidieron que siguiera adelante; estamos en otro. Hemos venido desarrollando todas las estrategias con todos los actores y hemos ido adecuando el funcionamiento, la estructura, pero siempre con el objetivo del desarrollo del centro de referencia como rol del Banco de Previsión Social de complementación en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud. Creemos que este es el camino que tenemos que seguir. Pensamos que el potenciamiento va a venir con el desarrollo.

Finalmente, quiero hacer una referencia puntual. En el comunicado que emitimos el 1º de junio hicimos referencia a las visitas a nuestros centros de salud. Creo que hay un aspecto que puede tener que ver con formalidades y otro que implica relacionamientos. Nadie puede ignorar que una cosa es entrar a una oficina administrativa, y otra, a un servicio de salud. No tenemos ningún inconveniente en que vayan todas las veces que quieran ir a nuestra casa, a cualquiera de ellas, pero eso nos parece que requiere un ordenamiento. No somos de peinar a la novia porque la vienen a ver o de pegar una barrida o pintar porque estamos avisados de que van a concurrir determinado día; todo lo contrario; por una cuestión de funcionamiento nos parece que se necesita un cierto orden. Imagínense mi sorpresa cuando me enteré que esta comisión se había constituido en el Sanatorio Canzani y que había estado allí funcionando, hablando con el personal y con los usuarios, en un área que es de salud. Lo que planteamos es que queremos estar informados y, con mucho gusto, daremos todo el material y la información que consideren necesarios, pero si hubiera alguna norma legal que habilite

determinado grado de actuación de los legisladores en cualquier circunstancia y ámbito, me gustaría conocerla.

Muchas gracias.

SEÑOR LEMA (Martín).- La verdad es que estaba preocupado y algunas afirmaciones que hizo el presidente me dejan más preocupado aún.

Se hablaba de ausencia de personal o de que no existía el personal suficiente; eso es una cosa. Pero se acaba de decir que se hizo toda esa etapa, se ubicó el Hospital de Día ahí y, habiendo personal, no se lo hizo funcionar. Es peor la afirmación. Realmente no puedo entender cómo hicieron la obra y en ese lugar si no sabían siquiera qué hacer con el personal inmediatamente después de la creación del Hospital de Día. Y se habla de "creación del Hospital de Día"; así lo refiere la directora Rosario Oiz; por lo menos así surge de declaraciones públicas.

Apelando al sentido común, cuando alguien anuncia que algo se creó, inmediatamente se tiende a pensar que esa creación se pone en funcionamiento. Si no es así, vamos a terminar dudando de todo. Así, se anuncia una nueva patología y cuando alguien vaya a reclamar al BPS, el Banco bien le puede decir: "Bueno, sí, se incluyó esta patología pero nadie dijo que iba a ser para ahora". Se entiende que si las propias autoridades del BPS hablan de creación, se está hablando de que inmediatamente va a estar en funcionamiento.

Además, que no funcione, habiendo personal para eso, es más grave todavía porque habla de toda una obra hecha que no se sabe para qué se hizo. Se señala que recién en 2019 el usuario se va a poder beneficiar de obras que capaz que están prontas ahora. Realmente, hay aspectos que no termino de entender.

Además, ¿por qué no se hizo en el Sanatorio Canzani que capaz que inmediatamente podía empezar a funcionar?

Reitero: no vemos certeza, no vemos dirección. Cuando se habla de improvisación -reitero, para mí es improvisación, sin lugar a dudas-, no solo es improvisación del directorio del BPS; capaz que sea improvisación producto de la descoordinación entre el BPS y Ministerio de Salud Pública.

Quienes eligen las autoridades del Ministerio de Salud Pública y las autoridades del BPS son las mismas fuentes, es el mismo partido político. Entonces, no es una respuesta que pueda satisfacer a un usuario, a un paciente decir que hay algunas etapas que no se pueden determinar porque dependen de otras cosas y que se tuvo que cambiar sobre la marcha un plan de acción porque el Ministerio de Salud Pública objetó. Se supone que cuando se arman los programas de gobierno, se habla del capítulo de salud y se abordan en forma integral, esa coordinación va a estar dada. Es muy fácil incumplir algunos compromisos establecidos anteriormente bajo el argumento de que no se logran poner de acuerdo dos organismos del Estado aunque bien sabemos que los protagonistas a nivel de su dirección, en definitiva, son puestos por el mismo partido político. Creo que hay que dejar un poco las excusas y que hay que dar certezas. En lo que respecta al BPS, hay que dar una dirección clara.

El caso del hospital de día -permítanme decirles, con todo respeto-, es inrremable; que tengan el personal disponible y que ese lugar no esté usado para nada, realmente me parece un desperdicio; muestra lo que es una improvisación y una falta de plan de acción.

Una cosa que no me contestaron fue lo que plantee sobre los pedidos de informes vencidos. Capaz ahora ya no tienen razón de ser, pero no esperen tener credibilidad cuando desde el Parlamento se hacen solicitudes que no responden. Nosotros tenemos la función de control, pero no pudimos entrar a un centro de salud que depende del BPS porque no conocíamos la norma por la que antes había que acreditarse y hacer una coordinación con el Directorio. Por otra parte, no nos brindan la información cuando la pedimos; entonces ¿cómo se controla? Por un lado, no les parece la mejor forma ir de forma espontánea; por otro, no contestan, porque no quieren, el pedido de informes, y en eso sí hay normativa legal.

Si fuera el presidente del Directorio del BPS me preocuparía más por cumplir con la ley que me mandata responder pedidos de informes que por tratar de analizar otra normativa cuando está claro que el legislador tiene potestades.

SEÑOR GALLO CANTERA (Luis).- Quedé gratamente sorprendido y satisfecho por las explicaciones que dieron porque el temor que tenía era un temor de interpretación, de cuál era el concepto de maternidad y el cierre de cuidados especiales. Ese fue el motivo por el cual vinieron y explicaron, y la verdad es que me quedo tranquilo sabiendo que los procesos son lentos; no podemos hacer cambios muy rápidos.

Felicito al Banco de Previsión Social por lo que se ha logrado en la salud. En definitiva, cuando uno escucha a los propios trabajadores que están en contacto con los usuarios, con los niños y con los papás de esos niños, el orgullo que se tiene es por el trabajo mancomunado que hace el Banco de Previsión Social, su equipo médico y su personal, para que esos niños, niñas, adolescentes, y algunos mayores, tengan la mejor cobertura de salud. Esto se ve en función de los resultados y los resultados para mí son excelentes. El resultado médico es excelente, es de calidad.

Discreparía un poco si tenemos que seguir ampliando la cobertura; vería muy puntillosamente cómo ampliar la cobertura de patologías raras al Banco de Previsión Social. Hoy, por suerte, todos los niños y niñas recién nacidos de este país tienen la cobertura de la atención de todas las enfermedades, las garantiza el PIAS; las seis patologías más específicas que quedaron las garantiza el Banco de Previsión Social y el resto las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, ASSE y las instituciones prestadoras de salud. No estoy cerrado a decir que no, pero vería bien qué patologías pasaría del ámbito del PIAS al del Banco de Previsión Social porque también es bueno recordar -a los que no son médicos más todavía- que durante muchísimos y muchísimos años las instituciones de asistencia médica curraban con el BPS. Patologías que no estaban comprendidas dentro de estas seis, ocho o diez, eran asistidas en el Banco de Previsión Social; solamente con que una mamá fuera tributaria de esa institución y que su niño naciera con una hernia inguinal -una simple hernia inguinal-, era asistido en el Banco de Previsión Social. Y si se asistía en una institución, el Banco de Previsión Social le pagaba la asistencia al niño y el parto o la cesárea que se hacía. Antes era asistida cualquier patología congénita de un recién nacido, pero por suerte eso no pasa más ya que se ha especificado bien qué patologías debe atender el Banco de Previsión Social.

Entonces, me parece que se está actuando bien, se está analizando bien. Como todo ser humano, a veces podemos errar, pero siempre digo que en política cuando uno comete un error no lo hace queriendo y, si lo comete, debe reconocerlo -soy de esa idea- y cambiar. No está mal.

En este caso, creo que grandes errores no hubo. No quiero entrar a hacer política porque creo que con la salud, con el tema sanitario -lo reitero cada vez que puedo-, no se debe hacer política. Creo -como lo concibió el Banco de Previsión Social y yo lo defendí en su momento- y sigo creyendo que el Banco de Previsión Social debe tener un CTI pediátrico porque atiende patologías que, generalmente, en un altísimo porcentaje, lo requieren. Si lo hubiéramos tenido en cuenta desde que empezamos a estar vinculados a estos temas, hace diez o doce años, con el dinero ahorrado hubiéramos construido diez CTI pediátricos porque el costo que tiene hoy el BPS por ese concepto es incalculable. Pero, obviamente, vinieron nuevas autoridades del Ministerio de Salud Pública, que si bien tienen la misma visión de Gobierno -por eso pertenecen al Frente Amplio- querían hacer un ordenamiento territorial de todos los servicios de salud y entendieron que en Montevideo había una superpoblación de CTI pediátricos. Entonces le dijeron al BPS que no, que buscara complementarse con el Hospital Policial, que tiene camas para ofrecer, o con el CTI pediátrico del Pereira Rossell, orgullo de Uruguay y el mejor de América Latina, que tiene camas superavitarias como para hacer convenios de complementación. Son distintos rumbos.

Mi preocupación era que se cerrara esa Unidad de Cuidados Especiales porque las personas que trabajan allí realmente tienen un conocimiento, una experiencia y un expertise para trabajar con este tipo de chicos que es muy difícil de adquirir en el mercado uruguayo, en cualquier sanatorio. Por eso quedo contento. Hay que seguir remándola en este tema.

En lo personal, tengan para articular, para conversar, el apoyo necesario.

Creo que este es el camino: seguir dialogando y convenciendo, como lo están haciendo.

SEÑORA DOMÍNGUEZ (Elvira).- Quiero agradecer a la Comisión el haber sido invitados a esta instancia porque nos permitió -inclusive a quien habla, que pertenece al Directorio del Banco de Previsión Social- tener una síntesis muy interesante y descriptiva de por dónde va el área de la salud en

el Banco de Previsión Social. Ustedes se preguntarán cómo, siendo directora, estoy agradeciendo el informe que se acaba de presentar; así es. Les comento que nosotros -me refiero a la representación empresarial en el BPS-, desde el año 2008, dijimos que no íbamos a votar concursos, provisión de cargos ni gastos en el área de la salud hasta tanto no tuviésemos definido, de manera estratégica, cuál era el rol del BPS en el Sistema Nacional Integrado de Salud, pero lamentablemente esa discusión nunca se dio en la mesa del Directorio. Sí empezaron a surgir, en forma desarticulada, algunas situaciones -lo describe muy bien el documento- como cuáles son las patologías que vamos a atender, algunos acuerdos de complementación con los que también discrepamos

En medio de todo eso -y, como directora, teniendo también una sensación de que no íbamos por un buen camino-, no fue extraño que la ATSS, que es la asociación de funcionarios -que también se dio cuenta por el año 2008 de que, más tarde o más temprano, nos íbamos a quedar sin colectivos para atender porque la Ley Nº 18.211 establecía claramente la inclusión de distintos colectivos y, entre otras cosas, que todas las madres nos íbamos a quedar sin lo que hasta ese momento era la segunda maternidad del país-, con ese instinto de supervivencia que tienen los sindicatos, procurara -más en el error que en el acierto- salvar sus puestos de trabajo y también las vacantes, impulsando y presionando para hacer la provisión de todos los cargos. Mientras tanto seguía cayendo la cantidad de personas a atender.

Digo que el trabajo presentado es muy interesante porque creo que allí -aunque lo tendría que volver a leer- no falta absolutamente nada. Inclusive, en uno de los puntos se dice que cuando se decide el cierre y el pasaje al Hospital Policial esa medida fue resistida. Y no solo dice que fue resistida por la ATSS sino también por otros actores o sectores. Dentro de esos otros actores estuvimos nosotros, la representación empresarial, que votamos en contra todo lo que era para el área de la salud -por entender que no había un plan estratégico- y cuando dijeron que se iba a producir el cierre a fines de octubre o en noviembre del año 2015 dijimos que eso tampoco lo votábamos. Además, el planteo fue llevado en forma verbal y los informes que está pidiendo el señor diputado Lema, vinculados a la parte económica -en ese momento se decía que nos ahorraríamos US$ 2.000.000 por mes-, nunca los vimos.

Después tuvimos acceso al convenio del Hospital Policial, que nos pareció leonino, con unos costos muy por fuera de lo que son precios de mercado o de lo que se podría obtener en una licitación y decidimos no votarlo. A raíz de eso, junto con la ATSS hicimos la solicitud y visitamos el sanatorio Canzani el día 9 de diciembre. Fue una visita guiada donde todo estaba perfecto, los funcionarios impecables, las condiciones inmejorables. También lo dice el informe de la directora Rosario Oiz -que es muy claro, veraz y preciso-: veinte usuarios por día y 246 funcionarios.

¿Cuál fue la impresión que tuvimos de esa visita? Había una sala con un niño y su mamá; el resto estaba vacío salvo los ochenta funcionarios que nos iban mostrando las instalaciones. Mientras íbamos recorriendo vimos camas -electrónicas, de última generación, impecables-, colchones sin desembalar, viandas nuevas para llevar comidas -son muy costosas-; menos una sala, creo que el resto estaba impecable.

Entonces, pasa el tiempo, sufro un episodio de salud y cuando me reintegro me entero que felizmente el Canzani no fue cerrado. ¿Qué nos llama la atención y nos preocupa? La intromisión del Ministerio de Salud Pública en áreas que son de exclusivo resorte del Banco de Previsión Social.

Voy a leer la posición que tenemos nosotros respecto a la manera en que se entromete el Ministerio de Salud Pública y ASSE en lo que son competencias del Banco de Previsión Social. Dice así: “La Ley Nº 9202 estableció las competencias originarias del MSP básicamente tendientes a garantizar el ejercicio de la policía sanitaria (higiene) y la prestación asistencial de la salud pública. En la ley Nº 18.211,” -del año 2008- “el MSP adopta un rol coordinador del SNIS al tiempo que mantiene sus facultades en materia de policía. Estas facultades de coordinación del SNIS no pueden condicionar la autonomía del BPS en la definición de sus políticas de cobertura de la enfermedad para trabajadores dependientes y no dependientes”.

La Ley Nº 15.800 establece qué es lo que nosotros debemos hacer y no una ordenanza; fíjense el rango de la norma: una ordenanza del Ministerio de Salud Pública está estableciendo qué es lo que podemos, o no, hacer. Coincido con el señor diputado Luis Gallo Cantera en que no puede ser que el Ministerio de Salud Pública sea el que diga si podemos, o no, tener un CTI neonatal. Lo teníamos en nuestro presupuesto, que había sido aprobado, y esa Cartera, a lo sumo, si no se cumplía con los requisitos de higiene o de un CTI, podía

establecer si lo habilitaba o no, pero nunca prohibirnos hacer lo que debíamos para seguir atendiendo a nuestros colectivos.

Por lo tanto, no se puede establecer la indicación de la prestación a terceros de servicios médicos que incluya o no a los afiliados al Banco. Esto determinaría una vía indirecta de modificar el artículo 195 de la Constitución, lo cual no es aceptable por parte de la representación empresarial. Desde el año 2011 nos hemos propuesto defender la autonomía del BPS en lo que hace al artículo 195, no solo ante la actual intromisión del Ministerio de Salud Pública, sino por la intromisión que tiene en ciertas prestaciones el Mides.

Otro punto que me interesa destacar es que el Ministerio de Salud Pública habla de coordinación para salvar su incompetencia en lo que hace a la gestión de ASSE. Ellos hablan de complementación y se comprometen a cofinanciar determinadas actividades, pero lo cierto es que siempre es el Banco de Previsión Social el que termina pagando todo.

Es cierto lo que dice el diputado Gallo en cuanto a los niños y los padres que hablan con orgullo del trabajo que hace el Banco de Previsión Social. ¿Por qué? Porque en la gestión nunca se escatimaron los recursos. Pero estábamos gestionando una bonanza. Ahora, nos preguntamos ¿qué va a pasar de aquí para adelante? Todos somos conscientes de que el país ha entrado en una suerte de recesión. Además, no sabemos qué va a pasar con los desempleados de larga duración cuando pierdan el Fonasa. ¿Dónde se van a atender? Si durante diez u once años mantuvimos innecesariamente instalaciones y una segunda maternidad ¿no será necesario continuar con el esquema actual previendo lo que pueda pasar en los próximos meses, cuando esos desempleados pierdan la cobertura, no tengan dónde atenderse o quede saturado el sistema de ASSE?

Estamos reaccionando frente a un problema que tenemos hoy en día, pero ni siquiera estamos pensando en lo que nos puede llegar a ocurrir el día de mañana.

Es verdad que los resultados del BPS son excelentes pero ¿cuánto nos está costando? ¿Cómo vamos a soportar la presión que viene, sobre todo, en el área de la salud? Me refiero no solo a las prestaciones que brindan el Sanatorio Canzani, el Demequi o el Crenadecer, sino también a algunos compromisos que el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social hizo asumir al BPS, por ejemplo, para resolver el problema con los maestros. Nosotros tenemos que pagar los lentes a todos los maestros; esa fue la solución a un conflicto, pero no pasó por el Directorio del BPS. Ahora la vamos a tener que pagar nosotros. También se está hablando de prótesis y de órtesis a funcionarios públicos. ¿Cómo vamos a hacer para pagar eso si ya el año pasado tuvimos un déficit de casi US$ 300.000.000?

Todo lo que hay que hablar sobre Crenadecer y lo que ha ocurrido durante estos años está claramente establecido en el documento; solamente tenemos que buscarlo. Vuelvo a decir que hay 246 funcionarios para 20 niños. Esa es la situación que se viene dando desde hace años: ha aumentado la cantidad de funcionarios y ha ido descendiendo el número de personas a atender.

En resumen, si hoy cerramos la maternidad -a lo mejor esa es la solución- ¿qué pasará en 2017 con quienes en 2015 se quedaron sin trabajo y tendrán un año de cobertura de Fonasa para el cónyuge y la familia? ¿Quién va a atender a esos niños? ¿Dónde se va a atender la gente cuando ASSE esté sobresaturada? Aclaro que cuando hablo de mala gestión de ASSE me refiero a que en estos últimos años duplicó sus ingresos, está atendiendo a la mitad de los usuarios que antes, y no lo hacen bien. Además, se ha saturado el sistema privado de salud.

Entonces, lamentablemente, tendríamos que estar pensando dónde vamos a atender a esas personas el día de mañana.

SEÑOR RUIZ (Ramón).- La verdad es que vine aquí acompañando la delegación como Director del BPS y no pensaba hablar. Considero que el informe brindado por la compañera Rosario Oiz es lo suficientemente claro y abarcativo, y es la voz del BPS.

Me anoté para hablar no porque tenga cosas para agregar sino porque durante la reunión se introdujeron algunos temas que no son los que estaban previstos tratar en esta comparecencia del Directorio.

Aquí se habló de credibilidad. Debemos tener cuidado con la forma en la que planteamos y discutimos los temas. Estamos hablando en una Comisión en la que hay representantes nacionales preocupados por la salud de las personas asistidas por el Banco de Previsión Social. El Directorio vino aquí a explicar cuáles son las razones de los cambios que está realizando. Sin embargo, me parece que a veces se habla más para la tribuna que para tener una actitud constructiva, que ayude a encontrar una solución a los problemas. Digo esto porque, por ejemplo, observé que mientras Rosario estaba dando el informe, no todos los diputados estaban atendiendo. Sé que hay interés en este asunto, pero era necesario escuchar con mucha atención porque brindó información muy valiosa para poder sacar conclusiones.

Como en la reunión además de preguntas se han hecho valoraciones, voy a hacer un comentario.

Hace casi dos años que estamos en el Directorio del BPS Anteriormente hubo otros compañeros en esta responsabilidad, pero somos parte de un colectivo que colabora y que acompaña al director de los trabajadores. En esta oportunidad, me toca a mí ejercer esta responsabilidad, y hay compañeros que me están ayudando a cumplirla de la mejor manera.

He observado este proceso con mucho detenimiento, entre otras cosas, porque provengo de la salud privada. A los quince años comencé a trabajar en Comepa, en Paysandú. Hace aproximadamente siete años me retiré de esa actividad, aunque he representado a los trabajadores en varias instancias. Además, participé en el diálogo que se instaló en mayo de 2005 y que terminó en 2008 con la aprobación de la Ley Nº 18.211. Por lo tanto, conozco bien este tema.

La estrategia y la posición general del Banco de Previsión Social se basan en el diálogo con los distintos actores, es decir, con el Ministerio de Salud Pública y con los demás que tienen que ver con este tema. El BPS no puede definir en forma aislada; tiene que dialogar con las otras partes. Nuestras definiciones deben tener un tratamiento armónico con otras instituciones y con las determinaciones que se toman en otros lugares. Si queremos formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud tenemos que hacerlo en clave de complementación y de racionalización de los recursos. No se pueden generar chacras en las que hay que preservar determinado statu quo, sin modificar nada. Uruguay y la salud cambiaron. Necesitamos adaptarnos a los cambios que se produjeron a partir de 2008.

Los compañeros que integraron y que integran el Directorio han impulsado distintas estrategias para lograr el objetivo de integrarnos al Sistema Nacional Integrado de Salud, ya que no era posible mantener la lógica anterior a 2008; teníamos que analizar qué cosas se podían potenciar dentro del Área de la Salud del BPS.

Finalmente, se decidió potenciar las áreas que el Sistema Nacional Integrado de Salud no resolvía. ¿Qué cosas no resuelve hasta el día de hoy? Por ejemplo, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades raras y de las malformaciones congénitas. Como fue abundante la información que Rosario dio a este respecto, no me voy a referir a este punto.

Como decía, esa fue la definición estratégica que tomamos. Ahora bien: el Área de la Salud fue pensada para objetivos que no eran los que definió en su plan estratégico el Banco de Previsión Social. Por lo tanto, comenzó un proceso de diálogo con el sindicato y con otras instituciones para concretar esa nueva estrategia que consistía en fortalecer lo que sabemos hacer mejor: atender las enfermedades raras y las malformaciones congénitas

Logramos ser centro de referencia. El proceso fue dinámico y tuvo diferentes momentos. Desde 2008 hasta ahora hubo cambios también respecto a las autoridades de las instituciones, con quienes necesariamente tenemos que coordinar. Seguramente, también hubo prioridades distintas, de acuerdo a los momentos históricos que estábamos viviendo. Estamos hablando de un plan -que muchas veces es tentativo-, en el que intervienen otros actores y otras realidades que también hay que tener en cuenta. El plan debe ser flexible para poder adoptar nuevas estrategias frente a las dificultades que se presenten. Por eso, cuando se produjeron determinadas dificultades, se redefinieron algunos aspectos. Lo cierto es que desde 2008 hasta ahora el Directorio del BPS ha hecho esfuerzos para tratar de caminar hacia esa integración que, repito, tiene que apuntar a la complementariedad y a que los recursos del Estado no se derrochen sino que se aprovechen al máximo para brindar la mejor asistencia en el área de la salud.

Por otra parte, voy a hacer una puntualización con respecto a un eslogan que todo el mundo repite inconscientemente. Quiero aclarar que el Directorio del BPS nunca resolvió cerrar el Sanatorio Canzani. Sí

elaboró una propuesta para conversar con el sindicato y con los otros actores del sistema. ¿En qué consistía la propuesta? En firmar un convenio de complementación por el cual el BPS brindaba al Hospital Policial algunos servicios que le faltaban y el Hospital Policial cubría alguna de nuestras carencias. La intención de ese convenio de complementación era potenciar la estrategia del sistema, que tiene que funcionar con esa lógica. Como decía recién un señor diputado, no se trata de superponer servicios ni de agregar; sería una clara improvisación si cada institución empieza a hacer agregados, sin tener en cuenta lo que pasa alrededor.

Entonces, la idea era firmar un convenio, que no implicaba cerrar el Sanatorio Canzani, sino que consistía en que la internación se realizara en otro local: en el Hospital Policial. Además, estaba previsto que el personal que atendiera a esos pacientes internados fuera del BPS.

Por lo tanto, no se perderían puestos de trabajo -fuimos muy celosos al respecto y lo vigilamos en todo este proceso-, no se eliminaban derecho de los trabajadores ni se bajaba su salario y, además, se mantenía -era nuestra principal preocupación- la calidad de los servicios.

Lamentablemente, esa estrategia, que fue una de las tantas que se trató de impulsar, no se pudo concretar, pero si se hubiera concretado, seguramente las personas que no estaban de acuerdo habrían tratado de colaborar para que se llevara adelante. Creo que la falta de acuerdo no fue por la propuesta en sí, de si era justa o no, sino por presiones, tanto políticas como sociales, pero también de algunos medios de prensa que se preocuparon mucho por este tema, aunque no vemos la misma preocupación por otros temas mucho más importantes en la vida del país; pero esta es nuestra realidad. No es un tema fácil de resolver; es complejo.

Creo que es necesario poner toda la inteligencia, la creatividad y buena voluntad para proponer soluciones y no solo para criticar.

No hemos sido indiferentes, y hemos apoyado muchas estrategias impulsadas en el área de la salud porque creemos que es importante ser responsable y no desentenderse y votar todo en contra.

Cuando faltaba información, la pedimos y la obtuvimos, y si bien no se dieron los hechos como quería el Directorio, creo que debemos ser respetuosos del consenso social y político que se dio, fruto de la sensibilidad que existe en este tema, porque es una cuestión que inquieta a mucha gente, sobre todo cuando se dice que cerrará un sanatorio, lo que no era cierto. Insisto con que nunca se planteó el cierre del sanatorio, sino trasladar la internación y otros servicios que funcionan allí. Como se iba a hacer esa reestructura en la salud, 250 funcionarios del Canzani quedarían disponibles para cubrir otras áreas de la salud. Por eso, se dice que hay que contar con ese personal, y para eso se necesitan los consensos, y si no se redistribuyó ese personal fue porque priorizamos el diálogo con el sindicato para tratar de alcanzar un acuerdo. Seguramente, tendremos que tomar una decisión, y lo haremos, y ojalá sea a partir de un acuerdo con los distintos actores y con la organización sindical, que es el mejor camino a recorrer.

SEÑORA PRESIDENTA.- Como a la hora 16 comienza a sesionar el plenario de la Cámara, si hubiera algún compañero o visitante que deseara hacer uso de la palabra, tendríamos que volver a pedir autorización para sesionar; de lo contrario, daríamos por concluida la reunión.

Para la Presidencia, todo lo que se habló estuvo relacionado con el motivo de la convocatoria, y por eso en ningún momento entendió que debía objetar la intervención de algún compañero.

Sin duda, queda mucho para hablar sobre este tema. Personalmente, creo que existe un problema de gestión en el área de salud del Banco de Previsión Social, de orientación, pero vamos a seguir trabajando.

Agradecemos vuestra presencia y que hayan sido tolerantes cuando interrumpimos la sesión por unos minutos.

Seguiremos en contacto por este tema y otros que forman parte de lo que ustedes representan. Muchas gracias.

Se levanta la reunión.